

КВАЛИМЕТРИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ

Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Гарина М.Г., Донский Г.И.,
Оборнев А.Е., Первак М.Б.

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

В системе здравоохранения Украины существуют следующие квалификационные уровни: окончившие интернатуру, врачи второй, первой, высшей квалификационных категорий. Эти же уровни должны быть образовательно-квалификационными уровнями и в системе последипломной подготовки врачей. Для этого следует определить объемы профессиональной деятельности, т.е. цели обучения для каждого уровня.

Нами предложен принцип решения этой проблемы на базе квалиметрической таксономии. Вначале определяется максимальный объем профессиональных умений по конкретной специальности, им должен владеть врач высшей категории и справляться со всеми вопросами самостоятельно. При определении объема деятельности врачей более низких категорий мы исходим из того, что они должны иметь тот же объем умений, но различную степень владения ими. Так, часть умений они выполняют самостоятельно (диагностируют и лечат), а другую часть – с помощью врача-консультанта более высокой категории. Понятно, что у врача второй категории, тем более окончившего интернатуру, будет большая необходимость решать вопросы с помощью консультантов, чем у врача первой категории.

С целью решения вопроса определения соотношений между степенью освоения умений следует определить объективные критерии, которые позволили бы выделить объемы деятельности для врачей каждого квалификационного уровня. С нашей точки зрения, в основу такой дифференциации должны быть положены интегрированные критерии социально-медицинской значимости групп болезней и отдельных заболеваний, являющихся объектом деятельности в границах разных специальностей. Так, например, в терапии в качестве таких критериев могут выступать распространенность болезней, инвалидизация, смертность и т.п. Понятно, что чем чаще встречается болезнь, чем тяжелее конечные результаты заболевания, тем большее количество специалистов должно привлекаться к решению таких проблем. И, наоборот, чем реже болезнь встречается, тем вероятнее она должна быть уделом деятельности врачей более высоких категорий. Используя эти и еще ряд специальных критериев, с помощью кластерного анализа (и) или экспертным методом можно определить объем деятельности врача конкретного квалификационного уровня. Это, по сути, и является целями обучения врачей данного уровня.

В основу определения объема профессиональной деятельности врача был положен нозологический принцип.

Анализ обобщенных данных экспертизы позволил составить проект объема профессиональной деятельности для врачей всех квалификационных уровней.

Другой методический подход, как выше указывалось, основан на математическом аппарате кластерного анализа. Для примера был выбран ряд болезней, которые входят в компетенцию деятельности врача-терапевта: ОРВИ, гипертоническая болезнь, в т.ч. с быстро прогрессирующим течением, острый и хронический бронхит, бронхиальная астма, ИБС, атеросклероз, ревматизм, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, хронические гепатиты и цирроз печени, воспалительные заболевания почек, болезни крови.

Из официальных документов были выбраны показатели социально-медицинской значимости этих болезней.

По результатам кластерного анализа сформированы 4 группы болезней. В первую группу вошли болезни крови, ревматизм, астматический статус; во вторую группу – ИБС, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма; в третью – ОРВИ, гипертоническая болезнь с быстро прогрессирующим течением, острый бронхит; в четвертую – атеросклероз, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, хронические болезни печени и цирроз, воспалительные заболевания почек.

Далее следовало решить, какие группы болезней соответствуют объему профессиональной деятельности врачей конкретного квалификационного уровня. По нашему мнению, к компетенции врача интерна необходимо отнести наиболее часто встречающиеся заболевания, имеющие большую социально-медицинскую значимость и, наоборот, чем реже встречались болезни, тем более высокой компетенции должен быть врач. Таким образом, третья группа болезней была отнесена к компетенции интернов, вторая – ко второй категории, четвертая – к первой и первая – к высшей.

Полученные на основании кластерного анализа данные вновь подвергнуты экспертизе, и результаты обоих методов сопоставлены. Результаты их практически совпали.

Определенные таким образом объемы профессиональной деятельности врачей различных квалификационных категорий по сути являются программами их аттестации, на каждое умение (компонент) программы составлены профессионально ориентированные тесты, созданы наборы тестов.